

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

482^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madeleine GIRARDEAU

Née à Versailles (Seine-et-Oise) le 25 Août 1893

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'École de Puériculture

RÉSULTATS DU CONTROLE DE L'HYGIÈNE

DANS DES FAMILLES OBSERVÉES

AU DISPENSAIRE

DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

ÉTUDE PORTANT SUR DIX ANNÉES

Président : P. LEREBoullet, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1932

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madeleine GIRARDEAU

Née à Versailles (Seine-et-Oise) le 25 Août 1893

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'École de Puériculture

RÉSULTATS DU CONTROLE DE L'HYGIÈNE

DANS DES FAMILLES OBSERVÉES

AU DISPENSAIRE

DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

ÉTUDE PORTANT SUR DIX ANNÉES

Président : P. LEREBoullet, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DÉLBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENI.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE ... Anatomie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER..... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU.....	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur de Clinique Infantile
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés

*Que nous remercions pour le
grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Directeur-Adjoint de l'École de Puériculture

*Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse en témoignage de notre
gratitude pour son précieux ensei-
gnement et son extrême bienveillance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVESQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESIGNE (*in memoriam*)

Médecin de l'Hôpital de Lisieux

Souvenir reconnaissant et affectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. PAGE

*Que je remercie de m'avoir dirigée
vers la carrière médicale.*

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Après le grand trouble de la guerre, la vie humaine est apparue d'autant plus précieuse qu'elle était encore menacée. Celle des enfants surtout semblait précaire. Une organisation sociale s'imposait : il fallait réduire la dénatalité, porter aide et conseil aux mères, restées parfois l'unique soutien de leur famille, protéger la Petite Enfance que des conditions économiques éloignaient trop souvent du sein maternel. Il fallait enfin s'armer contre des fléaux envahissants, tuberculose, syphilis, sans compter les affections nerveuses.

Un élan de raison généreuse stimula les énergies publiques et privées ; des œuvres sociales sont nées. L'une des premières fut l'École de Puériculture inaugurée officiellement et placée sous la direction de la Faculté de Médecine, le 20 janvier 1920.

Dès le début y furent organisées :

1^o Une consultation pour les femmes en état de gestation ;

2^o Une autre pour la première enfance dont la limite d'âge, pour plus de commodité fut reculée jusqu'à trois ans ;

3^o Une consultation pour les enfants dits d'âge scolaire, de trois à quinze ans.

Les médecins faisant œuvre de prophylaxie plus que de thérapeutique dirigeaient les femmes vers les maternités à l'heure de l'accouchement, les grands malades vers les services où ils pouvaient être hospitalisés et ceux dont l'état nécessitait des examens ou un traitement particulier vers les consultations adéquates.

Au fur et à mesure des possibilités et des besoins, d'autres organisations vinrent compléter les trois premières :

Consultation d'oto-rhino-laryngologie ;

» d'ophtalmologie ;

» de stomatologie ;

» d'orthopédie ;

» de prophylaxie et de vaccination
anti tuberculeuse ;

Consultation pour les maladies vénériennes ;

Consultation pour les enfants nerveux ou arriérés dépistés à l'examen général, avec possibilité de faire à l'École même des examens radiologiques, des séances de gymnastique médicale ou d'actinothérapie.

De la sorte, toute anomalie dans la croissance de l'enfant put être reconnue, traitée, et toute menace évitée.

En outre, un pavillon d'Allaitement adjoint à l'École permit d'hospitaliser des nourrices et leur enfant quand se présentaient des difficultés d'alimentation, et parfois, de porter du lait humain à quelques hypothrepsiques en péril.

Voici plus de dix ans que les enfants du XV^e arrondissement ont pu être suivis dans leur développement physique et mental par de grands Maîtres, que les Infirmières Visiteuses, dressées à l'École même, s'efforcent avec un inlassable dévouement d'apporter un peu d'hygiène et d'ordre dans les plus misérables taudis : il s'agit de faire comprendre aux mères la nécessité de la prophylaxie et de la surveillance médicale.

Notre travail est une tentative pour mesurer les résultats obtenus.

Nous avons compulsé les dossiers d'un assez grand nombre de familles, faisant notre choix parmi les 18.094 qui sont classés dans les Archives de l'École.

Chacun des dossiers comporte :

Les fiches médicales de tous les membres consultants.

La fiche sociale de la famille placée sous le contrôle de l'École.

Toute fiche médicale est constituée dès la première visite de l'enfant. Elle mentionne les antécédents de celui-ci, et, en regard de la date de chaque examen, son poids, auquel vient s'ajouter sa taille et son périmètre thoracique quand il atteint l'âge scolaire, puis les remarques pathologiques, le régime et le traitement prescrits. Ces feuilles permettent de suivre avec exactitude l'évolution normale ou morbide de chacun des enfants d'une même famille et de prévoir le terrain pathologique des nouveau-nés.

La fiche sociale, tenue par l'Infirmière Visiteuse relate au jour le jour, les conditions hygiéniques,

morales et pécuniaires de la vie familiale, à côté de l'état sanitaire de chacun.

Là sont notés tous les conseils et même les soins à domicile donnés depuis peu. On y apprend l'aide matérielle fournie : dons en nature, apport de travail, entremise auprès des œuvres diverses, enfin toute initiative devant compléter l'effort médical.

C'est là que nous pouvons connaître les tentatives répétées faites auprès des mères pour leur inculquer certaines notions, ou leur apprendre à dominer des sentiments trop primitifs : qu'elles sachent garder et allaiter leur enfant, ou bien au contraire, s'en séparer, selon les circonstances, pour le meilleur avenir du petit.

On assiste enfin à cette lutte journalière parfois aride, toujours émouvante, contre la misère, l'ignorance, la détresse physique ou morale, facteurs de carences et de maladies.

Quand, depuis 6 mois (souvent plus), une mère résistait aux conseils et aux objurgations n'a pas amené son enfant à l'examen médical, l'Infirmière cesse les visites, le dossier de la famille est classé ; l'École de Puériculture se désintéresse du sort de celle-ci, à moins d'un retour.

Devant les détails de cette vie populaire, parfois si courageuse, nous avons pu mesurer bien des fois le rôle primordial d'une mère énergique, docile et compréhensive dans l'avenir de toute une famille.

Et pour mettre en valeur ce fait, notre étude porte sur 3 catégories :

La 1^{re} comprend des familles qui n'ont jamais été suivies à l'École de Puériculture.

La 2^e, un certain nombre de familles suivies avec une régularité variable selon les cas, mais qui, au bout de dix ans, envoient encore l'un des leurs aux consultations.

Dans la 3^e enfin, se rangent les familles toujours assidues qui ont fidèlement amené leurs enfants aux visites médicales pendant cette même période.

Notre travail se divise en trois parties d'inégale importance.

Nous avons d'abord fait le compte des morts infantiles et des avortements survenus pendant une période de dix années dans chacun de ces groupes, et comparé les chiffres obtenus. Une répartition des décès selon l'âge puis la cause dans les trois catégories permet de constater les âges les mieux protégés, les causes le plus souvent évitées par l'effort médical.

Dans un autre chapitre, nous comparons l'état des enfants des deuxième et troisième catégories, en nous basant sur des moyennes de poids et de tailles à chaque âge.

La troisième partie de notre essai se place à un point de vue plus particulier ; nous avons tenté d'y donner quelque notion sur la mortalité et la morbidité dans les familles tuberculeuses d'une part, syphilitiques de l'autre, régulièrement suivies.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DES DÉCÈS ET DES AVORTEMENTS

1. — Dans les familles de la première catégorie

*(Familles qui n'ont pas été suivies
à l'Ecole de Puériculture)*

Cette étude porte sur les 10 années comprises entre le 1^{er} janvier 1912 et le 1^{er} janvier 1922.

Il nous paraissait difficile de nous procurer une documentation exacte sur ces passants aux consultations qui souvent n'étaient venus qu'une seule fois, ou, s'ils avaient été plus fidèles, ont depuis longtemps laissé perdre leur trace.

Nous avons dépouillé les dossiers de toutes les familles venues pour la première fois entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1922, disparues depuis lors, dossiers réunis dans des casiers spéciaux.

Les antécédents héréditaires et personnels des consultants sont toujours notés soigneusement dès

leur arrivée ; cela nous a fourni une documentation assez riche portant sur les dix années antérieures à 1922, mises à part, les quelques rares fiches aux renseignements trop vagues pour nous être utiles.

Furent ainsi précisés les chiffres suivants :

1.202 Familles se sont présentées à la consultation de l'École, pour la première fois en 1922, ces familles réunissant :

2.203 Enfants vivants le 1^{er} janvier 1912 ou nés entre cette date et le 1^{er} janvier 1922.

Sur ces 2.203 Enfants, 364 sont décédés en 10 ans, ce qui donne *une mortalité de 16,52 pour 100 enfants.*

L'interrogatoire a révélé 322 Avortements pendant la même période, *soit 12,75 avortements sur 100 grossesses reconnues.*

2. — Dans les familles de la deuxième catégorie

(Familles retrouvées au bout de 10 ans, plus ou moins régulièrement suivies)

Cette étude porte sur les dix années comprises entre le 1^{er} janvier 1922 et le 1^{er} janvier 1932.

Nous avons compulsé les dossiers de toute famille ayant amené l'un de ses membres une première fois entre la date d'ouverture des consultations, c'est-à-dire le 12 février 1920 et le 31 décembre 1922, et qui reste encore visitée par les Infirmières de l'École.

Il en est parmi elles qui n'ont jamais perdu contact

avec l'École. D'autres, en assez grand nombre, ont disparu quelques mois ou quelques années du fait de déménagement, de morts, du placement de l'Enfant ou parce qu'elles ont simplement refusé les conseils et fermé leur porte. Puis elles sont revenues à l'occasion de naissance ou de maladie, ou d'un changement de vie.

Quelques-unes enfin, peu nombreuses il est vrai, sont restées dans l'ombre huit, neuf, près de dix ans même pour reparaître ensuite.

Nous en avons trouvé 241 parmi les 2.000 familles qui sont encore en charge actuellement.

Elles ont eu 657 Enfants vivants le 1^{er} janvier 1922 ou nés entre cette date et le 1^{er} janvier 1932 qui, presque tous, ont été vus au moins une fois à l'une des consultations.

De ces 657 Enfants, 59 sont décédés, d'où *une mortalité de 8,98 sur 100 enfants*.

29 avortements ont été connus, *soit 4,23 pour 100 grossesses*.

3. — Dans les familles de la troisième catégorie

(Régulièrement suivies)

Cette étude portant sur la même période de 10 années, concerne les plus fidèles des familles précédentes.

Un enfant nous paraît régulièrement suivi, quand il est amené fréquemment à la consultation pendant

ses deux premières années, à cet âge où la surveillance doit être étroite, et qu'en période scolaire, il est venu au moins deux fois par an. Toutefois, les enfants envoyés à Berck, en préventorium, à la campagne ou placés momentanément par les soins de l'École comptent au nombre des Enfants suivis, même, s'ils ne peuvent toujours se présenter dans les délais prescrits : l'École est responsable de leur éloignement et des soins qui leur sont donnés en autre lieu.

Parmi les 241 Familles précédentes, 142 ont paru bien suivies, amenant aux consultations leur 350 Enfants vivants le 1^{er} janvier 1922, ou nés entre cette date et le 1^{er} janvier 1932.

Il y eut à déplorer 22 décès en dix ans.

Le chiffre de la mortalité s'est donc abaissé à 6,28 %.

18 avortements furent relatés, soit 4,91 pour 100 grossesses.

Le tableau suivant réunit ces divers chiffres et permet de conclure.

Tableau général de la mortalité infantile et du nombre d'avortements dans les familles des 3 catégories.

Catégories	Familles	Enfants	Décès	Proportion sur 100 E.	Avortements	Proportion sur 100 grossesses
I.	1.202	2.203	364	16,52	322	12,75
II.	241	657	59	8,98	29	4,23
III.	142	350	22	6,28	18	4,91

CONCLUSIONS. — Pour la période écoulée entre 1912 et 1922, le chiffre global de la mortalité infantile est relativement élevé, quoique le XV^e ne figure pas au nombre des arrondissements les plus défavorisés de Paris.

Il faut songer qu'il y eut quatre années de guerre, donc de privations, qui ont peut-être influé sur la moyenne habituelle. En outre, l'épidémie de grippe de 1918 est responsable de 8 morts.

Malgré tous les correctifs que l'on pourrait apporter à ce chiffre, la différence resterait considérable avec celui de la décade suivante. Nous voyons, en effet, cette mortalité baisser de près de moitié dans les familles du deuxième groupe où la prophylaxie et l'éducation des mères sont encore loin d'avoir été parfaites.

Pour les enfants de la dernière catégorie, plus étroitement surveillés, le chiffre de mortalité diminue sensiblement encore.

Le nombre des avortements, d'autre part, s'est réduit des deux tiers, pour le moins, car il faut bien penser qu'un interrogatoire tardif et souvent rapide est loin d'avoir mis à jour toute la vérité.

Une grosse part de cette diminution revient au dépistage systématique de la syphilis ou de l'albuminurie chez la femme enceinte. Et de plus, combien de mères ont été examinées, puis traitées après la découverte d'une tare ou d'un Bordet-Wassermann positif chez leur enfant.

Faut-il à côté des causes médicales envisager des facteurs d'ordre moral ? Penser que les familles dont la vie est plus saine, mieux équilibrée, qui trouvent aide et soutien dans les moments de détresse acceptent plus volontiers que les autres les charges qui leur incombent ? Et que les familles assez disciplinées, compréhensives pour se plier aux exigences du progrès et de toute coopération sociale forment une élite parmi les autres ?

Dans le troisième groupe, la proportion des avortements dépasse légèrement celle du second. Mais, il ne faut l'oublier, les Visiteuses qui à tout moment pénètrent dans les foyers, sont les confidentes d'événements qui, sans leur présence opportune, seraient tombés dans l'oubli. Une statistique sur les avortements ne peut être qu'approximative.

CHAPITRE II

RÉPARTITION DES DÉCÈS SELON L'ÂGE

Cette répartition est plus explicite encore.

1. — Dans les familles du premier groupe, il y eut, sur 364 décès de tous âges :

75	Morts-nés, soit	3,40	pour 100 Enfants
173	Décès de 0 à 1 an, soit.	7,85	»
45	» de 1 à 2 ans soit	2,43	»
61	» au-dessus de 2 ans, soit	2,77	»
10	Enfants sont morts à un âge imprécisé.		

Le nombre des décès au-dessus de 2 ans, comprend tous ceux dont la maladie a été la cause, quel que fut l'âge. L'enfance prépare la vie et trop souvent le manque de soins dans les premières années est responsable de la mort d'êtres jeunes au seuil de leur vie d'adulte.

Parmi les 2. 203 enfants considérés, 1.549 sont nés entre le 1^{er} janvier 1912 et le 1^{er} janvier 1922, ce qui donne les pourcentages suivants :

4,84 morts à la naissance ;

11,23 décès dans la première année sur 100 naissances.

Le premier de ces chiffres est tout à fait exact ; le second reste très approximatif. Une minime cause

d'erreur provient du fait que les enfants nés à la fin du 1921 et morts en 1922 avant l'achèvement de leur première année ne figurent pas au compte des naissances. De même les nouveau-nés des derniers mois de 1931 morts en 1932 ne sont pas compris dans le nombre des décès. Ces deux causes d'erreurs inverses doivent se compenser.

On voit que dans cette catégorie, la mortalité des enfants de moins d'un an est relativement peu élevée, quand on la compare à celle de certaines statistiques.

Elle reste au-dessous de la moyenne de quelques quartiers : en 1928, celle-ci s'élevait encore à 13 (1) pour 100 naissances dans le XIX^e arrondissement.

Elle dépasse de peu celle de Paris, qui oscillait entre 9,66 et 11,5 (1) pour 100 naissances selon les calculs, à cette date récente ; de peu, également, le chiffre officiel qui atteignait 10 % pour le XV^e tout entier.

La mortinatalité est également inférieure à la moyenne obtenue pour Paris en 1928 qui s'élevait à 6,36 % (1).

A priori donc, les familles du premier groupe semblent peu défavorisées. Cependant, près de la moitié des décès porte sur l'enfance de la première année dont la mortalité peut être si fortement réduite par une hygiène rationnelle.

1. Nota. — Chiffres empruntés au rapport de M. de Fontenay, envoyé à l'Office National d'Hygiène Sociale : « Propositions en vue de la création d'un service municipal d'Hygiène Infantile et Maternelle, par la collaboration des Œuvres Publiques et Privées, pour la lutte contre la mortalité infantile. »

2. — En effet, à la répartition des décès selon l'âge dans les familles du deuxième groupe, quelques chiffres se trouvent considérablement réduits.

Sur 59 décès sont constatées :

13	morts à la naissance, soit	1,98	pour 100 Enfants
19	» , entre 0 et 1 an , soit	2,90	»
10	» entre 1 et 2 ans, soit	1,52	»
17	» au-dessus de 2 ans, soit ..	2,58	»

Il y eut 290 naissances, ce qui donne : pour la mortalité une proportion de 4,48 sur 100 naissances et pour les décès dans la première année : 6,55 pour 100 naissances.

La réduction la plus considérable porte sur les décès des nourrissons âgés de moins d'un an, ce qui est dans l'ordre.

La mortalité infantile à cet âge est, en effet, diminuée de moitié pour de petits êtres qui, il s'en faut, n'ont pas été tous régulièrement apportés à l'examen ni à la pesée. Mais pour les moins favorisés d'entre eux sous ce rapport, les conseils à domicile ont évité bien des erreurs de régime parmi tant d'autres.

3. — Dans le dernier groupe enfin, nous obtenons les chiffres suivants :

Décès : 22. — Naissances : 135.

Morts-nés.....	5	soit 1,43 sur 100 Enf. ;	3,70	sur 100 naissances.
Enf. de 0 à 1 an	4	» 1,14	» 2,96	»
Enf. de 1 à 2 ans.....	4	» 1,14	»	»
Enf. au-dessus de 2 ans	9	» 2,57	»	»

Soit encore une réduction de moitié pour les décès de la première année.

Répartition des Décès selon l'âge

Dates	Groupés	Enfants	Décès	Morts-nés		Enfants de 0 à 1 an		Enfants de 1 à 2 ans		Enfants au-dessus de 2 ans	
				Nombre	Proportion sur 100 E.	Nombre	Proportion sur 100 E.	Nombre	Proportion sur 100 E.	Nombre	Proportion sur 100 E.
1912-22	I	2.203	364 dont 10 morts à un âge inconnu	75	3,40	173	7,85	45	2,43	61	2,77
1922-32	II	657	59	43	1,98	19	2,90	40	1,52	17	2,58
1922-32	III	350	22	5	1,43	4	1,14	4	1,14	9	2,57

Dates	Groupes	Enfants	Naissances	Mortalité de 0 à 1 an	
				Mortalité	Mortalité de 0 à 1 an
1912-22	I	2.203	1549	4,84 %	11,23 %
1922-32	II	657	290	4,48 %	6,55 %
1922-32	III	350	135	3,70 %	2,96 %
1928			Dans Paris	6,36 %	9,66 à 11,5 %
1928			Dans le XVe	4,45 %	10 %

RÉSUMÉ. — Quand nous comparons les résultats obtenus dans le premier et le dernier groupe, nous voyons que la mortinatalité est très diminuée.

Que la mortalité des enfants d'un an et au-dessous est réduite presque des trois quarts.

Et celle des enfants de un à deux ans de plus de moitié.

Seule, la mortalité des grands est encore peu modifiée.

CHAPITRE III

Répartition des Décès selon la cause

Causes	I Enfants non suivis 1912-22	II Enfants varia- blement suivis 1922-32	III Enfants bien suivis 1922-32
Causes prénatales { Accid. à l'accouch ^t	12	0	0
{ Hérédo-syphilis ...	28	15	3
{ Prématurité	33	3	1
{ Débilité	7	1	0
Affections digestives....	35	5	1
Athrepsie.....	3	1	0
Affect. respirat. et bron- cho-pneumonies primit.	49	1	0
Rougeole.....	16	5	2
Coqueluche.....	4	3	2
Scarlatine.....	4	0	0
Diphtérie.....	6	2	1
Grippe.....	8	0	0
Méningites { Cérébro-spinale....	1	1	1
{ Tuberculeuse	8	5	4
{ Indéterminée	51	4	2
Convulsions.....	14	1	0
Tubercul. pulm. os, etc..	13	6	2
Affections diverses.....	13	2	2
Affections inconnues....	52	4	1
	(d ^t 10 m. nés)		(mort subite)
Accidents.....	7	0	0
Nombre total des décès.	364	59	22

Nous avons laissé sous la rubrique « Broncho-Pneumonie », les affections primitives seules, mettant au compte de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe, les complications respiratoires mortelles dont ces maladies ont été la cause.

D'autre part, le chiffre des affections gastro-intestinales dans la première colonne reste au-dessous des moyennes habituelles aux enfants qui ne sont pas surveillés. Mais un grand nombre de décès est attribué aux convulsions, à des méningites indéterminées.

Il est bien évident que les diagnostics fournis par les mères sont très souvent erronnés ; celles-ci ont été maintes fois mal renseignées, parce que leur enfant est mort au loin, en nourrice, ou que le médecin appelé, l'a vu trop tard pour donner une certitude.

S'il est un petit nombre de ces affections dites méningées qui furent d'origine tuberculeuse, combien doivent être attribuées à tout autre maladie pour les enfants de quelques semaines à quelques mois, et combien iraient grossir les chiffres des gastro-entérites et des broncho-pneumonies.

Malgré des causes d'erreur importantes, qui diminuent sensiblement chez les familles suivies, comparons les tableaux I et II :

I^{er} GROUPE

2.203 Enfants

1. — *Causes prénatales* : ont déterminé 80 décès auxquels il faut ajouter les 10 morts à la naissance de cause inconnue. Soit 90 décès du fait de ces causes parmi les 2. 203 Enfants, d'où une proportion de :

4,08 décès pour 100 Enfants

2. — *Affections digestives* : 35 décès.
Prop. : 1,59 décès %.

3. — *Broncho-pneumonies primitives* : 49 décès.

Prop. : 2,22 %.

4. — *Affections pulm. primitives et secondaires* à la Rougeole, Coqueluche : 49 + 16 + 4 = 69 décès.

Prop. : 3,13 %.

5. — *Maladies infectieuses* les plus fréquentes : Rougeole, Scarlatine, Coqueluche, Grippe, Diphtérie : 16 + 4 + 4 + 6 + 8 = 38 décès.

Prop. : 1,72 %.

6. — *Affections indéterminées* :

Méningites dites banales	51
Convulsions	14
Inconnues : 52 —	
10 =	42

107 décès.

Prop. 4,81 %.

II^e GROUPE

657 Enfants

1. — *Ces causes prénatales* ont déterminé 19 décès dans ce groupe. Soit :

Prop. : 2,89 pour 100 Enfants.

2. — *Affections digestives* : 5 décès.
Prop. : 0,76 %.

3. — *Broncho-pneumonies primitives* : 1 décès.

Prop. : 0,15 %.

4. — *Affections respiratoires primitives et Broncho-pneumonies secondaires* à la Rougeole, la Coqueluche : 9 décès.

Prop. : 1,37 %.

5. — *Maladies infectieuses* les plus fréquentes :

5 + 3 + 2 = 10 décès.

Prop. : 1,52 %.

6. — *Causes indéterminées* :

Méningites dites banales	4
Convulsions	1
Inconnues	4

9 décès.

Prop. : 1,37 %.

CONCLUSIONS. — Ces moyennes de la mortalité selon les causes n'ont rien d'absolu, car celles du second groupe surtout ont été établies d'après une somme de cas assez restreinte. Néanmoins, elles permettent la comparaison et prouvent indiscutablement que le nombre de toute cause de mort fut réduit par l'hygiène infantile et maternelle.

Les différences les plus marquantes sont au compte des diarrhées et des broncho-pneumonies d'autant plus sûrement que les proportions connues dans les familles non suivies restent bien au-dessous de la réalité.

La part des affections indéterminées est également très réduite.

Seul, le pourcentage des maladies infectieuses demeure sensiblement le même.

DEUXIÈME PARTIE

COMPARAISON ENTRE LES ENFANTS DES 2^e ET 3^e CATÉGORIES PAR L'ÉTUDE DU POIDS ET DE LA TAILLE

Nous avons établi des moyennes de poids et de tailles aux divers âges, donnant une idée approximative de l'état physique des enfants de chacun des deux derniers groupes.

Mais alors que nous avons choisi pour cela, dans le troisième, les enfants les plus rationnellement suivis, nous avons, au contraire, pris dans le deuxième les plus irréguliers et fantaisistes des petits consultants.

Et pour mieux comparer, nous donnons les moyennes de poids et de tailles adoptées à l'École de Puériculture pour chaque âge, celles-ci ne répondant qu'à une modeste ambition.

La toise s'élève nettement et le plateau de la balance penche parfois de plusieurs kilos du côté des enfants bien suivis.

Âges	Enfants mal suivis			Enfants bien suivis			Moy. adoptées à l'E. de P.	
	Poids	Taille	Nombre Enf. (1)	Poids	Taille	Nombre Enf. (1)	Poids	Taille
1 an.....	kg 8,786	m —	8	kg 10,200	m —	12	kg 8,800	m 0,70
2 ans.....	10,054	—	10	11,754	—	11	11,500	0,78
3 ».....	12,759	0,876	14	13,970	0,896	23	13,950	0,921
4 ».....	14,185	0,955	15	14,771	0,993	15	15,150	0,975
5 ».....	15,312	0,998	15	17,948	1,080	12	17,250	1,038
6 ».....	18,167	1,093	18	19,704	1,146	15	18,750	1,095
7 ».....	19,293	1,095	15	21,160	1,180	17	20,300	1,152
8 ».....	21,556	1,175	22	23,976	1,230	19	22,250	1,207
9 ».....	22,514	1,227	22	25,894	1,286	41	24,150	1,261
10 ».....	25,681	1,233	34	28,466	1,320	29	26,250	1,313
11 ».....	28,832	1,337	22	31,968	1,345	31	29,00	1,363
12 ».....	30,552	1,346	18	36,065	1,443	21	32,500	1,441
13 ».....	34,051	1,365	15	39,637	1,470	18	36,650	1,457
14 ».....	39,203	1,560	10	41,780	1,500	12	40,500	1,500
15 ».....	37,804	1,450	11	45,172	1,560	10	44,250	1,538

(1) Nota. — Nombre des Enfants choisis pour établir les moyennes.

Poids des enfants en fonction de leur âge

Kgs

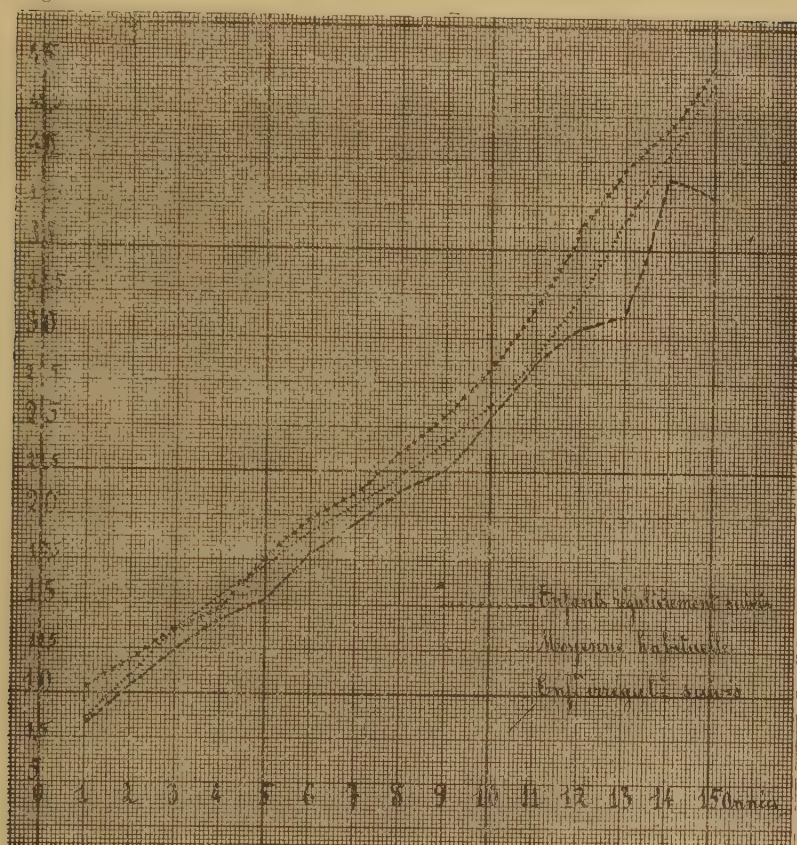


Fig. 1.

Echelle : 1 cm. par année

1 cm. par 2 kg. 500

- +++++ Enfants régulièrement suivis.
- Moyenne habituelle.
- Enfants irrégulièrement suivis.

Taille des enfants en fonction de leur âge

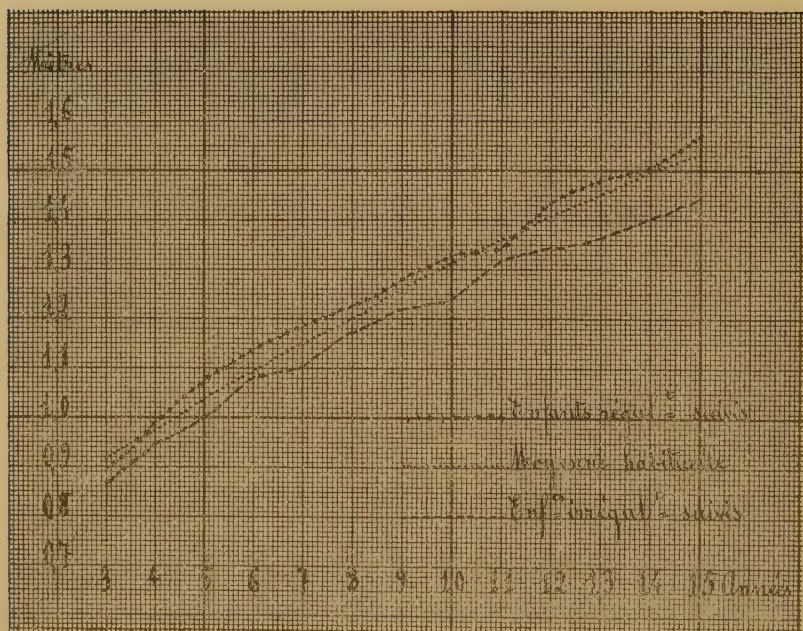


Fig. 2.

Echelle : 1 cm. par année

1 cm. par 0 m. 20

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE DE L'HÉRÉDITÉ MORBIDE DANS LES FAMILLES BIEN SUIVIES

Nous avons simplement recherché les familles tuberculeuses et syphilitiques pour voir dans quelle mesure les soins et la prophylaxie ont pu les protéger.

1. — Familles tuberculeuses

Il en est 32 qui paraissent indiscutablement tuberculeuses parmi les 142 familles suivies.

Dans 10 d'entre elles, en effet, le père ou la mère est mort de tuberculose pulmonaire, et a été en contact avec les siens.

Dans 9 autres, l'un des parents ou l'un des aînés a présenté une expectoration bacillaire (dans presque tous les cas, l'enfant n'avait pas été suivi à l'École ou ne l'était plus).

Dans les 13 dernières enfin, l'un des procréateurs a présenté une atteinte avérée des os, du larynx ou

des séreuses, reconnue et suivie dans un hôpital ou un dispensaire.

La proportion réelle des familles tuberculeuses est évidemment supérieure au chiffre établi, mais nous avons dû laisser de côté tous les cas qui ne fournissaient pas leur preuve.

Ces 32 familles ont procréé 108 enfants, parmi lesquels il y eut 10 décès de 1922 à 1932, ainsi répartis :

1 enfant est mort de diphtérie à 2 ans ;

1 autre, à 15 jours pour une cause inconnue ;

1 fillette de 3 ans fut atteinte d'une broncho-pneumonie dite grippale avec signes méningés terminaux ;

1 cas est vraisemblablement dû à la tuberculose. L'enfant est mort à 4 ans des suites respiratoires d'une coqueluche. Mais dès l'âge de 7 mois, il a présenté des signes pulmonaires cliniques et radiologiques accompagnés d'une cuti très positive, et il a eu un abcès froid du coude à l'âge de 8 mois.

Les 6 derniers décès sont dus à des affections tuberculeuses certaines : 3 méningites, 2 tuberculoses pulmonaires, 1 osseuse.

Les méningites, contrôlées par la ponction lombaire atteignirent une enfant de 2 ans et 4 mois et deux fillettes de la même famille, à la même époque. Agées de 9 ans et de 15 mois, ces dernières

appartenaient à une famille de 7 enfants où la syphilis se joint à la tuberculose ; le père et 2 fillettes ont eu une réaction de B. W. positive, 3 enfants des convulsions précoces sans signes de tétanie.

La tuberculose pulmonaire détermina la mort d'un jeune mongolien, de 16 ans, arriéré, qui était placé en dehors de sa famille et d'un garçon de 14 ans contaminé depuis peu par sa mère.

Un enfant de 17 mois présenta une tumeur blanche du genou, fut plâtré et mourut à 19 mois d'une généralisation tuberculeuse avec présence de B. K. dans le liquide céphalo-rachidien.

Au total, le chiffre de la mortalité s'élève à 9,26 pour 100 enfants de souche tuberculeuse. Ce pourcentage peut paraître élevé, mais il a été établi dans des familles où l'affection s'est montrée active et grave.

Parmi les survivants 15 eurent des manifestations plus ou moins sérieuses :

5 ont été bacillaires et firent un séjour à l'hôpital ou en sanatorium. Ce furent : en 1923, une enfant de 14 ans et demi jamais suivie à l'École. En 1926, deux jeunes filles de 19 ans, aînées de familles nombreuses ; elles avaient été vues entre 14 et 15 ans et trouvées bien portantes. En 1928, une jeune fille de 20 ans qui avait été examinée cinq ans plus tôt pour une pleurite de la base gauche, et en 1931 son frère âgé de 10 ans ; ces derniers sont encore hospitalisés. Il convient de noter que

les trois jeunes filles âgées de 19 et 20 ans vivaient en dehors de leur famille.

8 enfants n'eurent que des réactions pleurales parenchymateuses ou ganglionnaires contrôlées par les signes radiologiques et la cuti-réaction positive.

2 d'entre eux sont venus à l'occasion de ces accidents, l'un à 12 ans, l'autre à 5 ans 1/2. Pour les autres, la date de la contamination peut être précisée par la notion de contagé et l'examen de la cuti ; 4 le furent pendant leur première année ; 2 autres plus tard : à 3 ans et à 8 ans.

L'un des nourrissons contaminés a présenté, en outre, une ascite tuberculeuse à l'âge de 26 mois.

Restent à mentionner une pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée chez une fillette de 10 ans et une ostéite tuberculeuse de deux métacarpiens chez son frère âgé de 9 ans.

Ces 10 enfants sont en bonne santé maintenant.

Les 83 enfants qui restent semblent n'avoir eu aucune réaction nette et peuvent être considérés comme bien portants à l'heure actuelle.

Signalons enfin 14 enfants qui ont été vaccinés par le B. C. G. depuis 1926 et dont la croissance se poursuit favorablement.

2. — Familles syphilitiques

Ces familles peuvent être réparties en trois groupes.

Dans le premier se rangent celles dont la syphilis est évidente, car les signes de l'affection s'accompagnent d'une réaction de Bordet-Wassermann positive chez l'un des procréateurs, un ou plusieurs enfants.

Les familles appartenant au deuxième n'ont jamais eu de réaction sérologique positive malgré divers examens. Néanmoins, le diagnostic de spécificité est imposé par une série de faits concomitants.

1^o Du côté des parents : fausses couches répétées, accouchements d'enfants morts et macérés, aortite, mal de Bright précoce, syphilis nerveuse, etc. ;

2^o Et du côté des enfants : Stigmates indiscutables cutanés, osseux, ou malformations ou débilité, prématurité chez des nourrissons qui présentent un gros foie, une grosse rate, une circulation veineuse importante.

Au dernier groupe, enfin, appartiennent toutes les familles chez lesquelles les examens de sang restent négatifs ; mais le diagnostic de spécificité demeure probable en présence de :

Nourrissons hypothrepsiques ou prématurés, dont la rate est dure et volumineuse dès les premières semaines ;

Ou d'enfants chez qui les vomissements habituels, on les convulsions précoces, ou une forte anémie s'accompagnent de stigmates spléno-ganglionnaires ou de signes d'ostéo-lymphatisme plus ou moins marqués, et qui sont améliorés par le traitement.

Dans le premier groupe des syphilis évidentes, nous avons trouvé : 12 familles qui ont procréé 34 enfants dont 2 sont décédés (à la suite de méningite tuberculeuse dont la preuve fut donnée par l'examen du liquide céphalo-rachidien).

9 enfants ont présenté des réactions sérologiques positives ; chez l'un d'eux le B. Wassermann est resté longtemps irréductible en dehors de tout stigmate évident.

Il n'y a pas eu d'avortement entre 1922 et 1932.

Dans celui des syphilis certaines malgré des réactions négatives sont réunies :

9 familles ayant procréé 33 enfants dont 8 sont décédés.

Il y eut :

6 morts-nés ;

1 hérédo-syphilitique mort de rougeole ;

1 hérédo-syphilitique mort de méningite cérébro-spinale ;

Et de plus, 2 avortements.

Au dernier, enfin, appartiennent :

12 familles qui ont eu 27 enfants hérédo-spécifiques probables.

2 sont morts : l'un prématuré athrepsique, l'autre, des suites d'un choléra infantile.

A noter : 2 avortements.

Au total, il y eut dans 33 familles réunissant 94 enfants : 4 avortements et 12 décès. Ce qui élève la mortalité à *12,76 pour 100 enfants d'hérédité spécifique*.

Parmi les 82 survivants, l'un est atteint de mongolisme et reste un idiot complet ; un autre présente de l'instabilité mentale et des troubles du caractère, mais placé à Limours, il s'y est beaucoup perfectionné.

Hormis ces deux exceptions, les uns sont doués d'une vive intelligence, les autres normaux, et ceux qui ont présenté quelque arriération ont été suffisamment améliorés pour apprendre un métier.

QUATRIÈME PARTIE

Quelques exemples mettent en lumière les détails de l'œuvre prophylactique. Les uns nous ont paru intéressants par les résultats sociaux ou médicaux qui furent obtenus ; d'autres témoignent de la difficulté de la lutte contre les forces malfaisantes.

1. — Prophylaxie antituberculeuse

PREMIÈRE OBSERVATION. N° 1.575.

FAMILLE K... — *La mère a présenté une expectoration bacillaire. Une enfant a été atteinte de péritonite tuberculeuse. Actuellement les parents et les 5 enfants sont en bonne santé.*

Le père est bien portant. La mère a eu 6 grossesses de 1908 à 1922, les deux dernières suivies à l'E. de P. Un enfant est décédé de gastro-entérite à 9 mois

Mme K... présente une légère hémoptysie en mars 1922, dont elle ne s'inquiète pas. Elle a un nouveau crachement de sang en juin 1923 après sa dernière grossesse.

En juillet. — Obéissant à des conseils réitérés, se décide

à se faire examiner au dispensaire voisin. On lui trouve une « lésion du sommet droit bien localisée avec expectoration bacillaire. Pas de température ; l'état général est favorable ». Elle est proposée pour un départ en sanatorium. Les 3 aînés sont convoqués pour examen au dispensaire, les deux plus petites à l'E. de P. Leur cuti-réaction est encore négative.

En septembre, M^{me} K... très fatiguée est hospitalisée à Boucicaut en vue d'un pneumothorax.

Par les soins de l'E. de P., le 3^e enfant est séparé de la mère, et les deux plus jeunes sont confiées à l'Œuvre Graucher.

En novembre. — M^{me} K... a une forte hémoptysie à l'hôpital.

En janvier 1924. — Est de retour chez elle. Beaucoup mieux. Elle conserve un pneumothorax qu'elle fait entretenir. Elle observe toutes les mesures prophylactiques requises. Mais les trois jeunes enfants sont repris par la famille d'autant plus volontiers que les deux dernières ont été malades.

En février. — Celles-ci reviennent avec une cuti positive. Les soins sont donnés aux enfants par le père. Des infirmières font à domicile des injections d'huile éthéro-camphrée aux fillettes.

En avril. — M^{me} K... n'est plus bacillaire.

En mai 1925. — Son pneumothorax n'est plus entretenu. La mère et ses aînés sont suivis au dispensaire qui reste en relations étroites avec l'E. de P. Toute la famille s'installe à la campagne d'où elle reviendra une fois par semaine aux consultations.

En octobre 1926. — Retour à Paris.

GERMAINE K... l'aînée vue au dispensaire en 1931 est reconnue non tuberculeuse.

JEANNE K..., présentait en 1928 un état général déficient

Est trouvée en parfait état en 1930 après séjour en préventorium.

JACQUES K..., envoyé en préventorium en 1925 et 26 ne garde en 1928 qu'une insignifiante adlénopathie trachéo-bronchique.

LUCIE K..., née à terme le 25 novembre 1920 a eu du coryza à la naissance. A 1 an ne pèse que 6 kg. 020 et présente quelques signes d'ostéisme, des crises de cyanose avec suffocation. A l'auscultation : submatité rétro-manubriale. A la radio : élargissement du pédicule cardiaque. Elle est améliorée par des frictions mercurielles.

A 2 ans 1/2, pèse 10 kg. 760. Sa cuti est négative.

En août 1923. — Part en placement à l'Œuvre Graucher pour 4 mois.

En février 1924. — 3 ans : 11 kg. 320. La cuti est devenue positive.

En avril. — S'amaigrit. A l'examen : submatité sous-claviculaire droite avec râles de bronchite. A la radio : ombres en pommélures irradiées des deux côtés.

En 1925. — Ganglions nombreux.

En 1928. — Vue au dispensaire, bien portante.

SIMONE K... — Née le 1^{er} décembre 1922 à terme. Coryza à la naissance. Reste en bon état pendant les premiers mois. La cuti est négative à 8 mois. Reste 4 mois à l'Œuvre Graucher.

Février 1924. — 13 mois : 8 kg. 070. La cuti est devenue positive.

Mars. — Maigrit : 7 kg. 430. Otite suppurée. A l'examen, submatité rétro-manubriale et splénomégalie.

Traitement : huile éthéro-camphrée.

Avril. — Toux persistante. Submatité interscapulo-

vertébrale ; à la radio des poumons : pommelures bilatérales accentuées.

Janvier 1925. — 26 mois : 9 kg. 001. Rate toujours appréciable.

Mars 1925. — L'enfant a passé 6 mois à la campagne, elle a un gros ventre météorisé avec hernie ombilicale, présence certaine de liquide dans la cavité péritonéale, Gros foie: Rate non débordante. Selles normales.

Matité des deux bases pulmonaires.

Une radiographie des poumons montrant l'intégrité du parenchyme, on prescrit 12 séances de rayons ultra-violets.

Avril 1925. — 28 mois : 9 kg. 960. L'abdomen est plus souple, à diminué de 4 centimètres.

Octobre. — 34 mois : 11 kg. 280. L'enfant revient de la campagne en bon état, le ventre souple, sans adénopathie.

En 1928. — Bon état.

2^e OBSERVATION N° 6.235.

IRÈNE B... — *Dont la mère atteinte d'une tuberculose dépistée à l'E. de P. est morte. Elle a été en contact pendant les 9 premiers mois, placée ensuite. Après plusieurs accidents pulmonaires ou ganglionnaires, se trouve bien portante.*

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère tousse depuis 1 mois, a eu deux grossesses. Le premier, enfant né à terme en 1918 est mort à 11 jours, de diarrhée.

Antécédents personnels. — Née à terme le 8 mars 1923, avec un poids de 2 kg. 500. Au sein.

Premier examen le 11 avril 1931. — 5 semaines : 3 kg. 230. Assez bon état de nutrition. Fontanelles : postérieure,

non fermée ; antérieure, très large. Bords des sutures ramollis.

18 avril 1923. — L'enfant va très bien. Aspect cachectique de la mère qu'on envoie au dispensaire voisin.

19 avril. — Radiographie de la mère, faite à l'École pour aller plus vite et communiquée au dispensaire : « lésions actives du sommet droit ». Examen de l'expectoration communiquée par le dispensaire : « présence de nombreux bacilles ».

On sèvrera l'enfant. Conseils de prophylaxie.

28 avril. — Cuti-réaction de l'enfant négative. Le placement du bébé et l'hospitalisation de la mère sont envisagés.

30 mai. — L'enfant n'est pas encore partie. Cuti-réaction positive. Rate perceptible.

6 juin. — Rate toujours perceptible. Toux : quelques râles de bronchite. On insiste pour la séparation de la mère et de l'enfant. Refus. On indique un traitement pour chacun.

27 juin. — 3 mois 1/2 : 4 kg. 670. Bon état.

De juillet à décembre 1923. — L'état général est toujours bon à 7 mois : 5 kg. 620. Traitement : 2 séries d'injections d'huile éthéro-camphrée.

En octobre. — La mère est hospitalisée, l'enfant placée en nourrice près de son père.

Janvier 1924. — Bon état général. Rate de volume normal. Percussion et auscultation thoraciques normales. L'enfant est enfin placée au centre de Mainville où elle restera de janvier 1924 à octobre 1925.

En avril. — Affection broncho-pneumonique très grave, signalée de Mainville, qui nécessite l'hospitalisation de la fillette, le 15 juin, aux Enfants Malades d'où elle sort guérie, le 4 août, après avoir eu de l'otite.

Pendant ce temps la mère est décédée, le 1^{er} juin.

Octobre 1925. — L'enfant revient de Mainville, est mise en nourrice près du père.

2 ans et 7 mois : 11 kg. 400. Bon état de nutrition. Pas de rachitisme. Pas d'adénie. Percussion et auscultation normales.

En 1926. — Otite suivie de diphtérie.

Septembre 1926. — 3 ans et demi : 13 kg. 640. Adénite cervicale grosse et dure avec zone rouge. Ponctionnée.

Janvier 1927. — Adénite cervicale cicatrisée. Induration.

En 1928. — Otite, puis oreillons. Envoyée à la campagne.

30 mai 1929. — 6 ans et 3 mois : 16 kg. 250, 1 m. 06, P. th. : 56-54 centimètres. Radio : Stigmates certains, aucun signe d'activité.

Juin. — Opération des amygdales, puis départ pour 2 mois en colonies de vacances.

Au retour : 16 kg. 650, 1 m. 09, P. th. : 57-55 centimètres.

Octobre 1929. — Part au préventorium des Glandiers pour 6 mois.

A l'entrée : Etat général assez bon. Ganglions cervicaux et inguinaux. Cuti positive. A l'auscultation : rudesse au hile. En sort très améliorée ayant gagné 2 kg. 700.

26 juin 1930. — 7 ans : 19 kg. 100, 1 m. 15, P. th. : 61-59 centimètres.

LA FICHE SOCIALE mentionne toutes les mesures prophylactiques qui ont été prises, les démarches faites au dispensaire pour accompagner la mère et hâter les examens. L'état moral de Mme B., apprenant qu'elle est gravement atteinte et doit se séparer de son enfant, ses refus. De nombreuses visites sont faites pour convaincre la mère. On propose de placer l'enfant en nourrice près du père pendant l'hospitalisation de Mme B... « Celle-ci accepte avec enthousiasme, et courageuse, est décidée à se soigner énergiquement. » Un peu plus tard de nouvelles démarches ont pour but de faire comprendre au père la gravité de l'état de sa femme et la nécessité d'éloigner l'enfant. C'est enfin accepté. Plus loin, en 1929, démarches pour faire com-

Octobre. — 17 mois, ne pèse que 8 kg. 880. A une poussée fébrile accompagnée de vomissements. A l'examen, la région sous-claviculaire est encore plus mate qu'auparavant. A la radiographie : élargissement considérable de l'ombre du pédicule cardiaque. Opacité sous-claviculaire et para vertébrale gauche avec présence de nodules. A droite le poumon est à peu près clair, à part quelques arborescences.

On continue les injections d'huile éthéro-camphrée et le traitement calcique.

Janvier 1923. — Persistance de la matité à la percussion la radiographie montre un assombrissement à la partie supérieure du champ pulmonaire gauche avec pinceautage à partir du hile ; processus probablement en voie de dissociation.

Mars 1923. — 22 mois : 9 kg. 680. L'enfant vient d'avoir la coqueluche, mais ne tousse plus. La percussion thoracique est normale.

Mai. — 2 ans : 10 kg. 150. Est en bon état, mais la rate est perceptible et le foie déborde de trois doigts. Il part à la mer en juin, revient en septembre, ayant gagné 1 kg. 360. Plusieurs examens radiologiques témoignent de la dissociation du processus pulmonaire antérieur. Radio du 20 février 1924 : Régression des ombres sur le bord gauche du cœur et de la trachée, qui ne forment plus qu'un fin pinceautage au lieu d'une large plage qui envahissait le sommet gauche. Régression des ombres ganglionnaires qui envahissaient le bord droit du cœur.

Malgré plusieurs crises de colite dysentérique qui nécessitèrent un examen du transit intestinal et ne cessèrent qu'à l'âge de 4 ans, l'enfant se développe bien. Chaque année il fait de longs séjours à la campagne ou à la mer ; il y est envoyé soit seul, soit avec sa mère, par les soins de l'École. A 3 ans, il pèse 12 kg. 050. A 4 ans : 13 kg. 420. A 5 ans : 15 kg. 750.

En 1927. — Il passe 9 mois dans un préventorium du Cher. Il pèse eu retour, à l'âge de 6 ans et 3 mois : 18 kg. 250 et sa taille a augmenté de 6 centimètres.

En 1928. — L'examen radiologique des poumons est négatif. Il passe encore l'été à l'île d'Oléron où il augmente de 3 kilos.

En 1930. — A 9 ans, il pèse 23 kg. 250, mesure 1 m 25 et son état général est très satisfaisant.

4^e OBSERVATION N° 3.279 II

QUILICUS C... né le 13 mars 1927 dans une famille corse décimée par la tuberculose. A été plusieurs fois en contact avec des bacillaires. Mais vacciné et revacciné par le B. C. G., il a atteint l'âge de 5 ans, sans incident.

Antécédents héréditaires. — 3 tantes du côté paternel mortes de tuberculose pulmonaire. Contact avec la dernière morte, en avril 1928. Père bacillaire ; hospitalisé à Cochin, puis à Bicêtre, part en sanatorium en avril 1928, en revient en décembre non bacillaire, repart en Corse en 1929, de sorte qu'il n'eut avec son enfant qu'un contact intermittent pendant 1 mois. La mère est suivie au dispensaire anti-tuberculeux, mais n'est pas contagieuse. Une seule grossesse normale.

Antécédents personnels. — Né à terme avec un poids de 4 kilos. A reçu du B. C. G. par ingestion à la naissance avec les précautions requises. Premier examen, en mars 1928. L'enfant à 1 an, pèse 9 kg. 290. Est normal.

En mars 1929. — Revaccination par le B. C. G. A 2 ans, pèse 13 kg. 450.

4 juillet 1931. — 4 ans et 4 mois, 16 kg. 100, un peu maigre, ganglions cervicaux.

5 mars 1932. — 5 ans, 18 kg. 100. L'enfant vient d'avoir une coqueluche assez forte, mais non compliquée.

2. — Prophylaxie anti-vénérienne

5^e OBSERVATION. N° 4.818

FAMILLE V. — Où la syphilis est dépistée à l'examen d'une enfant arriérée : Andrée, qui fut très améliorée par un traitement continu.

ANDRÉE V..., née le 20 février 1917.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère le semblait également quand elle amena son enfant. 6 grossesses dont 3 fausses couches, 2 enfants normaux et bien portants le 1^{er} et le 3^e.

Antécédents personnels. — Née à terme. Poids de naissance inconnu (très médiocre), 6 mois au sein ; premiers pas à 17 mois. A eu des convulsions à maintes reprises à 9 mois, 2 ans 1/2, puis entre 3 et 4 ans. Coqueluche, varicelle, rougeole. A été soignée pour arriération mentale avec B. W. négatif, en 1921.

Premier examen le 17 mars 1924. — 7 ans et 2 mois. Enfant arriérée qui prononce mal. Stigmates osseux. La prise de sang révèle un B. W. partiellement positif. Envoyée aux Enfants-Malades pour un traitement spécifique, elle y est suivie de 1924 à 1927.

Revient le 3 mars 1927. — Elle présente encore : des ganglions épitrochléens bilatéraux, une rate percutable

et des stigmates osseux : nez écrasé, voûte ogivale, dents d'Hutchinson. Mais le B. W. est négatif.

Traitement : plusieurs séries de sulfarsénobenzol.

A 12 ans pèse 35 kg. 400.

Juillet 1929. — Quelques phénomènes prépubertaires. On associe un traitement glandulaire au traitement spécifique.

Mars 1930. — 13 ans : 40 kg. 470, 1 m. 45. Toujours non réglée. Inégalité pupillaire ; réflexes normaux. Toujours très nerveuse ; signe du facial très prononcé.

Juin 1931. — 14 ans et 4 mois ; 46 kg. 900, 1 m. 49. La matité splénique est normale. Le signe du facial a disparu. Le traitement arsenical est continué.

A 15 ans. — 50 kg. 450, 1 m. 52. Très bon état physique. Au point de vue mental, la jeune fille présente encore de la débilité intellectuelle avec retard scolaire important. Cependant une grande amélioration est à noter : l'enfant n'a plus de colères ; elle travaille dans une école professionnelle où elle apprend le repassage et serait très bonne élève.

Les deux autres enfants sont suivis à l'E. de P. et la mère y fut également soignée.

Le 12 novembre 1927. — Celle-ci présentait une petite azotémie de 0 gr. 67 et un peu d'hypertension : TA : 18-10. A l'examen du fond d'œil, on nota une région maculaire grise et voilée à surveiller ; B. W. et Hecht étant négatifs. Elle fut mise au traitement en 1928.

En mars 1930. — Après une amélioration passagère, elle présente encore une azotémie s'élevant à 0 gr. 76 et un souffle systolique de la base.

En février 1931. — Elle va bien et son chiffre d'urée sanguine s'est abaissé à 0,38.

L'ENQUÊTE SOCIALE révèle « une mère active et intelligente, heureuse des soins reçus ».

6^e OBSERVATION. N^o 3.705 II

Autre famille où la syphilis fut découverte à l'examen d'un enfant très chétif qui se développa après avoir été traité.

YVES L. P..., né le 8 décembre 1919.

Antécédents héréditaires. — Le père est interné depuis 5 ans et aurait suivi un traitement spécifique. Tousseur. La mère est bien portante. Deux grossesses normales et une fausse-couche de 3 semaines.

Antécédents personnels. — Né à terme. Allaitement mixte. Rougeole, oreillons, accès paludéens tous les 4 à 5 mois.

Premier examen le 19 septembre 1928. — Enfant chétif. 9 ans : 19 kg. 400, 1 m. 13. P. th. : 56-53 centimètres.

Il présente : un nez élargi, une voûte ogivale, un ganglion épitrochléen gauche et de la cryptorchidie.

A l'examen du sang : B. W. positif. Traitement : Sulfar.

Mars 1929. — 9 ans et 4 mois : 20 kg. 850, 1 m. 185. L'état général s'est amélioré, mais persiste une cryptorchidie droite. A gauche le testicule gros comme un haricot est contracté à l'anneau.

L'opothérapie thymique est associée au traitement arsenical.

Octobre 1929. — L'enfant se développe. Les testicules sont en place. On note de l'adénopathie cervicale et un ganglion épitrochléen. Le Bordet-Wassermann est négatif, mais la cuti-réaction positive.

L'enfant bénéficierait d'un séjour prolongé à la campagne. Il est envoyé à l'Institut Clamageran où il se trouve encore en 1931. Il continue à s'y développer, et y est très bon écolier (prix d'excellence).

Son frère Jean, né le 1^{er} jévrier 1921 était beaucoup moins chétif, présentait un B. W. négatif ; il a cependant été traité. A 10 ans, pesait 28 kg. 550, mesurait 1 m. 29 et sa cuti était négative.

Sa mère présentait un B. W. positif, en septembre 1928 et fut mise au traitement. En janvier 1929, les réactions sérologiques étaient encore partiellement positives ; elles devinrent négatives aux examens ultérieurs.

En mars 1929. — Son état général était amélioré, mais on notait quelques signes d'hyperthyroïdie : glande augmentée de volume, tremblement.

7^e OBSERVATION. N° 4.217

LOUISE B..., née le 20 mai 1915.

Enfant chétive chez qui l'examen du sang révéla un B. W. positif. Elle présenta une scoliose douloureuse qui nécessita l'immobilisation et l'envoi à Berck et fut guérie après un traitement spécifique intensif.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort de tuberculose. Père réformé 100 % pour coxalgie (examen radiologique et examen de l'expectoration négatifs). Mère bien portante ; deux grossesses normales.

Antécédents personnels. — Née à terme. Au sein. Rougeole, angines, varicelle

Premier examen en février 1922. — 6 ans 1/2 : 21 kg. 300, 1 m. 12. Pâleur : tachyarythmie. A l'examen du sang : B. W. positif. Est envoyée aux Enfants-Malades pour y suivre un traitement spécifique.

Revue en septembre. — Très bon état, 23 kg. 600, 1 m. 16.

En 1923. — Les parents la trouvant délicate inter-

rompent le traitement et l'envoient pour 4 ans dans le Loir-et-Cher.

Revue en janvier 1929. — 13 ans et 8 mois. Elle est en très bon état physique, 49 kilogs, 1 m. 51. Est réglée depuis 1927 (puberté précoce dès 11 ans, comme sa mère). Mais se plaint de douleurs lombaires. L'examen des urines est négatif.

Février 1929. — Douleurs persistantes. A l'examen : Scoliose dorsale à convexité gauche sans autre manifestation apparente à la colonne vertébrale. Après une nouvelle prise de sang, le B. W. est trouvé positif. Pas d'anomalie dentaire, ni d'autre stigmate.

Traitement : novarsénobenzol intra veineux.

Mai 1929. — Le B. W. est devenu négatif.

Août. — Scoliose persistante avec légère voussure.

Octobre. — La scoliose existe toujours, mais très atténuée. B. W. négatif. Traitement : Sulfar.

Novembre. — Poussée douloureuse en position assise et debout. Pas de raideur des mouvements.

Février 1930. — Douleur de la 4^e à la 8^e dorsale. Les radiographies ont montré : Scoliose à convexité gauche des 8^e, 9^e et 10^e vertèbres dorsales avec amincissement et diminution de la transparence des disques correspondants. Aplatissement de la 9^e vertèbre, surtout à droite ; les bords en sont un peu irréguliers.

L'enfant fut immobilisée en corset plâtré, puis envoyée à Berck avec prescription d'un traitement spécifique intensif : Sulfar et néotrêpol.

Octobre 1930. — 15 ans et 5 mois : 53 kg. 500, 1 m. 53. Le B. W. est négatif après réactivation.

En 1931. — Elle passe encore 5 mois à Berck sans corset, mais y continue le traitement spécifique. Elle en revient guérie. Douleurs et déformation ont disparu. C'est une belle enfant intelligente et travailleuse.

Son frère Roger ne présente rien de spécial. Il a subi des frictions mercurielles.

3. — Prophylaxie des troubles de l'alimentation de la Première enfance

8^e OBSERVATION, N^o 5.160

HUGUETTE L..., née le 3 avril 1923. *Diarrhée cholérique*
forme chez un enfant au sein.

Antécédents héréditaires. — Le père est ancien paludéen.
La mère a eu 3 grossesses normales.

Antécédents personnels. — Est née à terme pesant
2 kg. 700. Elle est au sein toutes les 2 heures et demie
et a une tétée la nuit.

Premier examen le 20 août 1923. — 3 mois et 1/2 :
4 kg. 170. L'enfant est amenée parce qu'elle a une diarrhée
verte, liquide depuis 3 jours, accompagnée d'un syndrome
toxique, quoique, d'après la mère, elle n'aurait que le sein.

Le visage est altéré, les yeux excavés. On note la per-
sistance du pli cutané. La respiration est essoufflée, le
cœur un peu gros.

Traitement : 10 repas de 50 grammes de thé léger
chacun. Injection de 20 cc. de sérum physiologique. Huile
camphrée.

21 août. — L'enfant a perdu du poids : 4 kg. 070. Mais
son visage est moins altéré, et sa langue humide. La diarrhée
se tarit. On mettra l'enfant au sein pendant 3 minutes,
toutes les deux heures et demie.

22 août. — 4 kg. 150. Persistance du pli cutané, mais
l'enfant est calme et a pris le sein. On la laissera 6 minutes
à chaque sein.

24 août. — 4 kg. 170. Disparition du pli cutané. L'enfant

va bien mais ne semble pas se nourrir assez. On pèsera une tétée.

25 août. — 4 kg. 180. Ne prend que 50 grammes en un quart d'heure. On la mettra 5 minutes à chaque sein toutes les 3 heures et l'on complètera avec 40 grammes de lait, 15 grammes d'eau.

28 août. — 4 kg. 330. La diarrhée reprend (6 selles), mais ne s'accompagne pas de signes toxiques.

Aujourd'hui, le sein sera complété par 50 grammes d'eau bouillie pure. Demain on ajoutera au biberon une demi-cuillerée à café de lait condensé sucré.

4 septembre. — 5 mois : 4 kg. 720. Va bien. A 7 mois, pèse 6 kg. 500.

A 8 ans et 10 mois. — L'enfant bien portante pèse 23 kg. 900 et mesure 1 m. 29.

9^e OBSERVATION. N^o 2.739

LUCIEN V., né le 1^{er} février 1921. *Dyspepsie du lait de vache.*

Antécédents héréditaires. — Père tousseur. Mère suivie au dispensaire anti-tuberculeux mais reconnue non contagieuse.

Antécédents personnels. — Né à terme après un accouchement normal avec un poids de 3 kg. 600. Il reste 1 mois au sein, puis est nourri de lait de vache pur. Depuis le sevrage il a des vomissements et a beaucoup maigri en 1 mois.

Premier examen le 11 mai 1921. — A 3 mois, l'enfant ne pèse que 4 kg. 400.

Il reçoit une ration quotidienne composée de 7 biberons de 100 grammes de lait pur. Il a des vomissements précoces, sans cris, de la constipation, des selles mastic. De plus, une forte anémie.

A l'examen, le foie et la rate sont normaux. On note seulement une petite hernie ombilicale, une hydrocèle enkystée bilatérale, de la micropolyadénopathie. La cuti-réaction est négative.

Régime : 7 biberons toutes les 3 heures, composés de : 40 grammes de lait concentré non sucré et 60 grammes d'eau d'orge sucrée.

Traitement : Sirop de papaïne.

25 mai. — L'enfant a augmenté de poids : 4 kg. 870. Les vomissements tendent à disparaître. On porte la ration de lait de chaque repas à 45 grammes.

28 mai. — 5 kilogrammes. Régime : ajouter dans 2 biberons 1 cuillerée à café de crème d'orge cuite dans la quantité d'eau nécessaire.

11 juin. — 5 kg. 220. Les selles deviennent plus jaunes. L'anémie persiste, assez marquée.

Régime : ajouter une cuillerée à café de farine à chaque biberon.

18 juin. — Selles fétides. Traitement : potion à l'acide lactique. Régime : chaque biberon sera composé de 50 grammes de lait concentré et 50 grammes d'eau bouillie sucrée.

25 juin. — L'enfant va bien.

9 juillet. — 5 mois : 6 kg. 020. Régime : 120 grammes par biberon, moitié eau, moitié lait concentré. Part à la campagne.

Le 17 septembre. — Il en revient très amaigri. 7 mois 1-2 : 5 kg. 090. Il a eu deux crises de diarrhée. Les selles sont encore fétides et brunes.

Régime : 3 bouillies par 24 heures composées chacune de : 1 cuillerée à entremets de crème de riz, 200 grammes

d'eau, 1 cuillerée à café de lait condensé sucré; 3 biberons de 150 grammes d'eau bouillie et 2 cuillerées à café d'abord, et plus tard 3 cuillerées de lait condensé.

L'enfant va mieux. La cuti-réaction reste négative.

12 décembre. — 9 mois $1\frac{1}{2}$: 6 kg. 600. Va bien.

Mars 1922. — 13 mois : 8 kg. 770. Il a dix dents, marche, mais reste pâle.

Régime de son âge : jus de viande. Protoxalate de fer. A 19 mois pèse : 11 kg. 550 et va très bien. A 20 mois $1\frac{1}{2}$: 13 kg. 700. La cuti-réaction devint positive quand il eut 10 ans.

A 11 ans. — Il va très bien : 34 kg. 400, 1 m. 43. P. th. : 70-66 cm.

10^e OBSERVATION. N° 3.279 II

FERDINAND C... né le 10 mai 1924. *Hypotrepsique en milieu tuberculeux.*

Antécédents héréditaires. — La famille, originaire de Corse, arrive à Paris. La mère se dit bien portante tout d'abord, mais se montre bientôt atteinte d'une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive dont elle meurt en août 1925. Abandonnée du père, elle n'a eu qu'une grossesse normale. L'enfant vit, en outre, avec ses grands parents, bien portants, un oncle et deux tantes qui deviendront bacillaires.

Antécédents personnels. — Né à terme avec un poids inconnu, il fut envoyé en nourrice et mis à l'allaitement artificiel (lait de vache).

Premier examen le 12 septembre 1924. — 4 mois : 3 kg. 870, hypotrepsie du 2^e degré s'accompagnant d'un gros ventre

flasque, quelques râles de bronchite et de nombreux ganglions. Le foie et la rate sont normaux. Constipation. Régime : 6 biberons composés de 120 grammes d'eau et 2 cuillerées à café de lait condensé. Traitement : sérum physiologique et huile camphrée.

15 septembre. — 3 kg. 950.

17 septembre. — 3 kg. 910. L'enfant est au seuil de l'athrepsie. Selles normales. Régime : 6 biberons de 130 grammes d'eau et 2 cuillerées et demie de lait condensé.

19 septembre. — 3 kg. 810. Cuti négative. Etat lamentable. On cherche du lait de femme au Pavillon d'Allaitement. Une infirmière en portera tout de suite 100 grammes. Mme C., viendra chercher ensuite la ration quotidienne. Compléter avec du lait condensé et une farine lactée.

22 septembre. — L'enfant va mieux : 4 kg. 200. On cesse les injections sous-cutanées. Il reçoit 200 à 250 grammes de lait de femme par jour.

30 septembre. — 4 kg. 620. L'enfant a repris 810 grammes en 11 jours. Il refuse le lait de femme. On essaiera de lui en donner encore, sinon 6 biberons de lait condensé et une farine lactée.

3 octobre. — 4 kg. 720. On supprime le lait de femme.

14 octobre. — Va moins bien. L'enquête sociale révèle qu'il est mal tenu et mal couché. Conseils énergiques.

4 novembre. — L'enfant maigrit, a des troubles digestifs. On s'aperçoit que la ration de lait condensé est doublée par la mère et les tantes. Remis à un régime plus raisonnable, l'enfant va mieux.

A 2 ans : 14 kg. 250. La cuti-réaction devient positive au cours de la première année. L'enfant mal isolé en dépit des conseils présentera une poussée d'adénopathie trachéo-bronchique importante, puis de l'adénite cervicale à 6 ans et restera assez chétif.

11^e OBSERVATION. N^o 3.110

ANDRÉE R., née le 19 mai 1921. *Maladie de Barlow.*

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Grossesse et accouchement normaux.

Antécédents personnels. — Née à terme avec un poids de 3 kg. 800, nourrie au lait de vache.

Premier examen le 22 février 1922. — 8 mois : 8 kilogrammes. Son alimentation se compose de : 4 biberons de 150 grammes de lait ordinaire et deux bouillies.

L'enfant présente des hémorragies sous-conjonctivales récentes à gauche, anciennes à droite, avec protusion de l'œil gauche et saillie de la paupière inférieure. Une ulcération gingivale avec congestion intense au-dessous des deux incisives inférieures et de la congestion à teinte violacée au niveau des quatre supérieures qui affleurent la muqueuse.

Depuis quelque temps ne remue plus la jambe droite et crie quand on la palpe. La gauche est le siège d'une induration profonde sous-périostée ayant son maximum à la tête du péroné. Le palper en est douloureux.

A noter en outre, anorexie, foie et rate normaux.

A propos d'un essai d'alimentation avec une farine de maïs, l'enfant a été prise de vomissements accompagnés de cyanose, sans phénomène de collapsus net. La mère assure que son enfant est nourrie avec un lait provenant de la ferme de Grignon qui ne serait que pasteurisé.

Traitement : Lait frais bouilli seulement 5 minutes, et 2 bouillies par jour. 7 fois par jour, toutes les 3 heures, une cuillerée à entremets de jus de citron.

1^{er} mars 1922. — 8 kg. 100. Amélioration manifeste.

Régression des hématomes sous-périostés. Cependant, les globes oculaires sont encore en légère saillie et présentent encore un peu de strabisme interne du côté droit. L'enfant ne souffre plus de sa jambe et la palpation n'y révèle rien. Gencives normales. On continue le jus de citron.

22 mars. — 8 kg. 630. Va bien, 4 dents. On ne lui donnera plus que 2 cuillerées à café de jus de citron par jour.

21 juin. — 13 mois : 10 kg. 050. Très bon état. Régime de son âge.

4. — Soins et Prophylaxie dans les familles nombreuses

12° OBSERVATION. N° 422

FAMILLE B... — *Famille de 7 enfants, misérable par suite de la mort du père, décédé de tuberculose péritonéale, en 1926. Terrain tuberculeux et très probablement spécifique.*

Le 4^e enfant a été traité à Berck pour une ostéite tuberculeuse.

Le 5^e, a eu une pleurésie sérofibrineuse ponctionnée.

Le 6^e aurait été soigné pour une maladie de Parrot.

Et le 7^e a été atteint d'un rachitisme précoce très accusé.

Tous sont à l'heure actuelle en bonne santé, gagnent leur vie. Plusieurs sont mariés et font suivre leurs enfants.

Le père est atteint d'une affection pulmonaire en octobre 1924 ; depuis toussé, crache et s'affaiblit. Il fait, en 1925, un séjour à l'hôpital pour une affection intestinale. En février 1926, un nouvel épisode pulmonaire le conduit à Boucicaut pour 3 mois. En avril, on apprend qu'il est

atteint d'une péritonite bacillaire, dont il meurt, en juin 1926.

La mère a manifesté à plusieurs reprises une grande dépression nerveuse. A eu 8 grossesses de 1903 à 1920, dont une fausse couche de 3 mois, en 1911, la dernière suivie à l'E. de P. Les 5 derniers enfants ont été suivis.

LOUIS. — Né en 1908 est envoyé aux séances de gymnastique médicale. A 12 ans 1/2 : 37 kg. 250, 1 m. 455. P. th. : 69-64 cm.

ALBERT. — Né le 9 février 1912. Présente à 9 ans une ostéite des deux premiers métacarpiens gauches, soignée à Berck.

En septembre 1922. — La cuti-réaction est positive, mais l'examen radiologique des poumons ne montre aucun signe d'activité.

A 14 ans 1-2 : 39 kg. 500, 1 m. 47. P. th. : 78-74 cm.

MARGUERITE. — Née le 17 janvier 1914. Est soignée, en avril 1924, pour un érythème noueux, suivi en juillet d'une pleurésie avec épanchement qu'il faut ponctionner. La cuti-réaction est positive. Elle est envoyée en convalescence, 8 mois à Hendaye, en septembre 1926. 12 ans et 8 mois : 45 kg. 750, 1 m. 46. Est envoyée à nouveau dans un préventorium dont elle renvient en état floride.

13 ans : 54 kg. 500, 1 m. 49. P. th. : 83-79 cm.

En 1928. — L'examen radioscopique des poumons ne montre rien de suspect.

ROGER. — Né le 7 décembre 1917, aurait été guéri par les frictions mercurielles d'une maladie de Parrot. Vu pour la 1^{re} fois à 3 ans, il présentait une incurvation très accentuée des fémurs et des tibias, en dedans et en arrière. Il fut à nouveau traité par des frictions puis envoyé plusieurs

années de suite à Berck, et plus tard, en colonies de vacances. Son état s'y est beaucoup amélioré. La cuti négative en 1924, devint positive deux ans plus tard.

Octobre 1931. — 14 ans : bon état général, 40 kg. 250, 1 m. 46. P. th. : 73-68 cm.

GEORGES. — Né le 26 juin 1920 à terme, est élevé au sein.

Le 27 octobre 1920. — A 4 mois, il pèse 6 kg. 920 et présente déjà des signes de rachitisme accusés, un ronflement adénoïdien. Le foie et la rate sont normaux. On traite le rachitisme et prescrit des frictions mercurielles.

A 6 mois. — Pas de dent, mais toujours du craniotabès étendu, nez écrasé, front olympien, chapelet costal, thorax évasé, incurvations tibiales avec bourrelet sus-molléaire, et une circulation crânienne exagérée.

A 1 ans. — Poids médiocre : 7 kg. 370. Le cranio tabès est consolidé, mais toujours pas de dent. Crâne natiforme et tirage rachitique.

22 mois. — 10 kg. 250. Fontanelle fermée. 6 dents. Est toujours au traitement mercuriel.

4 ans. — Il garde des stigmates de rachitisme thoracique et peut-être d'hérédospecificité : 14 kg. 250, 0 m. 95.

6 ans. — La cuti est encore négative.

11 ans et 9 mois. — En très bon état : 38 kilogrammes, 1 m. 495. P. th. : 70-65 cm. Il a été envoyé chaque année en colonies de vacances.

LA FICHE SOCIALE note la surveillance des traitements, les démarches faites en vue de l'hospitalisation des malades en temps utile ou de l'envoi de plusieurs enfants chaque année à Berck, en préventorium, en colonies de vacances, la demande d'un logement dans les habitations à bon marché, dont l'obtention met la famille en bonnes conditions hygiéniques. Mais surtout elle donne le détail des secours apportés à cette famille : argent, vêtements,

procuration d'une pensionnaire payante, secours de loyer, placements gratuits des plus jeunes, recherches de travail rémunérateur pour les aînés, entremise auprès d'œuvres diverses : Assistance aux familles nombreuses, Œuvre de l'Alliance nationale, de l'Assistance éducative. L'un des enfants fut élevé et instruit presque gratuitement dans un internat.

13^e OBSERVATION. N^o 1.153

FAMILLE C..., 10 enfants tous bien portants, mais très régulièrement suivis. Parents bien portants.

M^{me} C., née en 1893 a eu 12 grossesses de 1913 à 1923 à terme. Les 7 dernières ont été suivies à l'Ecole. A la 10^e, elle aurait eu de l'albumine au 7^e mois, et des accidents dits cardiaques à l'accouchement. Mais l'enfant est né à terme, bien portant. Tous sont restés longtemps au sein sauf le 10^e. Le 1^{er} enfant serait mort de méningite à 10 mois, un autre est décédé de broncho-pneumonie morbilleuse à 11 mois.

ALAIN. — Né en 1914, a été soigné pour incontinence d'urines et légère spina-bifida. 13 ans : 43 kg. 100, 1 m. 43. P. th. : 76-72 cm.

SUZANNE. — Née le 16 février 1920. Vue à 5 mois, a présenté, en 1926, un épisode fébrile avec toux et cuti très positive. A la radio : adénopathie trachéo-bronchique importante. Part à la campagne, de mai à octobre 1927. Y gagne 2 kilogrammes. Au retour, la radiographie ne montre

que des ombres hilaires discrètes. De nouveau à la campagne, en 1928, elle en revient en très bonne santé.

12 ans : 36 kg. 400, 1 m. 40. P. th. : 70-66 cm.

GEORGES. — Né le 26 juin 1921, vu à 1 mois, présentait à 10 mois quelques signes d'hypothyroïdisme. Mis à un traitement glandulaire, il va très bien. A 10 ans : 29 kg. 600, 1 m. 295. P. th. : 69-64 cm.

LOUIS. — Né le 12 juin 1923, vu à 1 mois et 1/2, a été soigné pour un rachitisme léger. 8 ans : 26 kg. 900, 1 m. 24. P. th. : 63-57 cm.

RAYMONDE. — Morte à 11 mois de broncho-pneumonie morbilleuse, ne présentait à 10 mois aucun signe de rachitisme : 15 kg. 100.

JACQUELINE. — Née le 8 septembre 1927, vue à 27 jours, soignée pour une tétanie fruste, n'a aucune tare rachitique : 5 ans et 3 mois : 19 kg. 100, 1 m. 02. P. th. : 53-50 cm.

ROGER. — Né le 29 octobre 1928, vu à 2 mois, pèse à 3 ans : 17 kg. 350.

RAYMOND. — Né le 19 mars 1930, a eu de l'otite moyenne aiguë à 1 an, une broncho-pneumonie grave à 19 mois. A 22 mois présente un léger rachitisme et quelques végétations, pèse 13 kg. 850.

HUGUETTE. — Née le 25 janvier 1932, pèse à 1 mois : 4 kg. 050.

CONCLUSIONS

L'examen des résultats obtenus au dispensaire de l'Ecole de Puériculture après dix années d'exercice démontre l'intérêt que présenterait la généralisation de ces dispensaires d'hygiène :

La surveillance des femmes enceintes et le traitement des mères syphilitiques ont abaissé le nombre des avortements au tiers du chiffre de la décade précédente et réalisé une réduction notable de la mortalité.

Par les mesures d'hygiène alimentaire et de protection de la Petite Enfance, le nombre des décès des enfants de moins d'un an a diminué des trois quarts, celui des enfants âgés de 1 à 2 ans, de moitié.

Certaines affections, telles que les gastro-entérites du premier âge sont en voie de disparition.

Quant aux enfants d'âge scolaire, leur développement physique dépasse la moyenne habituelle et reste très supérieur à celui des enfants élevés sans direction.

L'enfant, d'habitude soumis au médecin au hasard

de ses indispositions n'est pas suffisamment surveillé. Bien des fois sa guérison reste sans contrôle et ses tares, mises en évidence par des accidents déjà graves sont moins sensibles à la thérapeutique.

Au dispensaire, une naissance heureuse est préparée par les soins donnés à la femme en état de gestation. La croissance normale du nourrisson est assurée par une étroite surveillance ; et chez l'enfant parvenu à l'âge scolaire, toute occasion est prétexte à un examen systématique et complet, examen clinique aidé des épreuves de laboratoire nécessaires.

L'enfant n'est pas seul connu ; sa famille, son entourage, ses conditions de vie le sont aussi. A temps, il peut être soustrait au contact d'une voisine ou d'un parent bacillaire. A temps, il peut être vacciné, s'il naît en milieu contaminé par le bacille de Koch. S'il est suspect d'hérédo-syphilis, la régularité de son traitement est surveillée. Le conseil du médecin est porté au foyer même par l'Infirmière Visiteuse. C'est ainsi que des enfants sont rendus à la société, qui, sans traitement n'eussent été que des charges malheureuses.

De plus, pour un sujet amené à la consultation, c'est toute une famille soignée. Qu'un seul indice suspect soit découvert, le médecin ou l'infirmière en donne avertissement ; chacun est orienté vers le dispensaire qui lui convient, s'il ne peut être vu à l'Ecole même. Il suffit qu'une cuti-réaction positive soit trouvée chez un enfant, pour que l'enquête dépiste les tousseurs autour de lui, pour que soient examinés,

soignés, parents, frères, sœurs. Et c'est en répétant les examens, les conseils d'hygiène, en vaccinant les enfants par le B. C. G. qu'on peut enrayer la terrible dissémination du bacille de Koch.

Il faut donc multiplier les dispensaires d'Hygiène maternelle et infantile, favoriser l'extension des organismes déjà créés, y attirant les familles par une propagande active et dévouée, telle que la réalise déjà la collaboration des Infirmières Visiteuses. Et il sera possible d'entrevoir un avenir où cette protection de l'Enfance prolongeant ses bienfaits, amènera une réduction considérable des maladies de l'adulte.

Vu, le doyen :

BALTHAZARD

Vu, le président :

LEREBoullet

VU ET PERMIS D'IMPRIMERI

Le recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — 8-6-1932
